

## 第Ⅱ章 課題別の実態と対策

## 第Ⅱ章 課題別の実態と対策

### 1. 前計画の評価

前計画の目標項目について、達成状況の評価を行なった結果、40項目のうち、Aの「目標値に達した」とBの「目標値に達していないが改善傾向にある」を合わせ、全体の約4割で一定の改善がみられました。しかし、アンケートを実施しないため、評価困難が3割と多く、今後は評価には実態把握が可能な数値目標を用いることが大切です。(表1)

表1 前計画の評価

		指 標		安曇野市の値				達成状況	
		項 目	区 分	H18	最新値	目標値	データソース		
生活習慣病の予防	がん	がん検診受診者の増加	胃がん		3896人	3221人	4600人	H22年度	D
			大腸がん		5195人	4860人	6200人		
			肺がん		707人	802人	800人		
			子宮がん		2583人	3221人	3000人		
			乳がん		2535人	3042人	3000人		
		がん検診精密検査受診率の向上	胃がん		78.0%	90.4%	100%	H21年度	B
			大腸がん		66.5%	84.9%			
			肺がん		81.0%	84.4%			
			子宮がん		71.9%	75.0%			
			乳がん		82.9%	91.6%			
	循環器疾患	特定健康診査受診率の増加	男性		19.1%	31.5%	34.0%	H22年度	B
			女性		6.6%				
		精密検査受診率の増加			48.8%	39.3%	100.0%	H22年度	D
		高血圧者の減少 (40~74歳)	男性		43.4%	26.5%	5%減少	H23年度	A
			女性		30.9%	24.7%			
		肥満者の減少 (40~79歳)	小学生		7.7%	5.8%	減少	H22年度	A
			中学生		10.1%	7.5%			
			40代男性		30.7%	31.4%	5%減少	H22年度	C
			40代女性		17.0%	11.3%			
50代男性			27.2%	29.9%					
50代女性		17.4%	14.4%						
歯・口腔の健康	1歳6か月児むし歯のある子の減少			6.1%	3.94%	4.0%	H22年度	A	
	3歳児むし歯のある子の減少			31.2%	29.2%	30.0%		A	
	12歳児の一人平均むし歯の減少			1.36本	0.91本	1本		A	
	50歳で自分の歯を26本以上保つ			24.36本	28.2本	現状維持		D	
	70歳で自分の歯を22本以上保つ			20.53本	25.9本	22本以上		A	
	口の動きに問題を感じている人の減少			46.3%	53.30%	減少		D	
	進化した歯周疾患の減少	40歳		31.8%	36.1%	30.0%		D	
		50歳		45.7%	37.5%	45.0%			
改善 社会 環境 の 米養・食生活・食育	10ヶ月児の離乳食のよい割合			55.0%	60.0%	65.0%	H22年度	B	
	3歳6ヶ月児健診において「食に困っている人」の減少			65.0%	集計不可	60.0%		E	
	1~3歳児の生活リズムの良い子の増加			78~87%	79.8~86.0%	90.0%	H22年度	C	

	指 標		安曇野市の値				達成状況
	項 目	区 分	H18	最新値	目標値	データソース	
生活習慣・社会環境の改善	栄養・食生活・食育	3歳6か月児において家族がそろった朝食		27.0%	32.0%	増加	A
		小中学生の朝食欠食率の減少	小5	15.0%	5.8%	10.0%	D
			中2		9.0%		
		バランスの良い朝食をとれている児童の増加		40.0%	集計不可	60.0%	E
		20代の朝食欠食率の減少		35.0%	集計不可	20.0%	E
		食事のバランスの良い人の増加 (49歳以下)	野菜	288g	206g	350g以上	D
			果物	65g	85g	100g	B
		30歳以上の脂肪エネルギー比の減少		28.3%	30.2%	25%以下	H22年度 D
		1日あたりの食塩摂取量の減少		11.3g	9.9g	10g未満	A
	1日あたりの菓子摂取量の減少		64.6g	72g	減少	D	
	身体活動・運動	「体を動かすよう心がけている人」の増加	男性	60.1%	57.5%	65.0%	H22年度 D
			女性	81.0%	73.1%	現状維持	
		「週3回以上・1回20分以上定期的に運動している人」の増加	男性	29.0%	35.2%	35.0%	A
			女性	23.0%	27.8%	30.0%	
	飲酒	多量飲酒者の減少	男性	14.1%	27.1%	13.0%	H22年度 A
			女性	1.1%	1.6%	1.0%	
		節度ある適度な飲酒量を知っている人の増加		42.3%	データなし	100.0%	E
飲酒経験のある未成年の減少		中1男	10.3%	データなし	0.0%	E	
		高1男	35.4%				
		中1女	11.0%				
		高1女	31.9%				
大人から飲酒を勧められた事のある未成年の減少		中1男	25.0%	データなし	0.0%	E	
		高1男	46.7%				
		中1女	21.2%				
	高1女	43.7%					
喫煙	未成年の喫煙率の減少	中学生男	7.9%	データなし	0.0%	E	
		高校生男	25.1%				
		中学生女	3.8%				
		高校生女	15.1%				
	公共の場や職場での分煙の推進	官公庁	敷地内禁煙4%	データなし	半数を敷地内全面禁煙	E	
喫煙率の減少	男性	32.6%	19.2%	30.0%	H22年度 A		
	女性	6.6%	3.3%	5.5%			
休養	普段の睡眠で休養が取れていない人の減少		25.0%	12.3%	23.0%	H22年度 A	
	睡眠補助剤を使用している人の減少		22.9%	データなし	減少	E	
こころの健康	育児について相談する人がいない親の減少		5.4%	データなし	0.0%	E	
	過度にストレスを感じている人の減少		15.9%	データなし	15.0%	E	
	自殺者の減少(1年間平均)		21.4人(H12~16)	20人	16人以下	H19~21 B	

評価区分	評価項目数	割合
A 目標値に達した	12項目	30.0%
B 目標値に達していないが改善傾向にある	5項目	12.5%
C 変わらない	2項目	5.0%
D 悪化している	10項目	25.0%
E 評価が困難である	11項目	27.5%
合計	40項目	----

17項目 42.5%

これらの評価を踏まえ、次期運動を推進するための「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」で示された目標項目を別表Ⅱのように、取り組む主体別に区分し、健康増進は、最終的には個人の意識と行動の変容にかかっていると捉え、それを支援するため具体的な取り組みを次のように推進します。

※別表Ⅱ参照

## 2. 生活習慣病の予防

### (1) がん

#### ①はじめに

人体には、遺伝子の変異を防ぎ、修復する機能がもともと備わっていますが、ある遺伝子の部分に突然変異が起こり、無限に細胞分裂を繰り返し、増殖していく、それが“がん”です。たった一つのがん細胞が、倍々に増えていき、30回くらいの細胞分裂を繰り返した1cm大のがん細胞が、検査で発見できる最小の大きさといわれています。30回くらいの細胞分裂には10～15年の時間がかかると言われています。

がんの特徴は、他の臓器にしみ込むように広がる浸潤と転移をすることです。

腫瘍の大きさや転移の有無などががんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線で、早期とは5年生存率が8～9割のことをいいます。

がんは遺伝子の変異を起こすもので、原因が多岐にわたるため予防が難しいと言われてきましたが、生活習慣の中にがんを発症させる原因が潜んでいることも明らかになってきました。

また、細胞であればどこでもがん化する可能性はありますが、刺激にさらされやすいなど、がん化しやすい場所も明らかにされつつあります。

#### ②基本的な考え方

##### i 発症予防

がんのリスクを高める要因としては、がんに関連するウイルス（B型肝炎ウイルス〈HBV〉、C型肝炎ウイルス〈HCV〉、ヒトパピローマ〈HPV〉、成人T細胞白血病ウイルス〈HTLV-I〉）や細菌（ヘリコバクター・ピロリ菌〈HP〉）への感染、及び喫煙（受動喫煙を含む）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩分・塩蔵食品の過剰摂取など生活習慣に関連するものがあります。

がんのリスクを高める生活習慣は、循環器疾患や糖尿病の危険因子と同様であるため、循環器疾患や糖尿病への取り組みとしての生活習慣の改善が、結果的にはがんの発症予防に繋がってくると考えられます。

##### ii 重症化予防

生涯を通じて考えた場合、2人に1人は一生のうちに何らかのがんに罹患すると言われています。進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見です。

早期発見に至る方法としては、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要になります。

有効性が確立しているがん検診の受診率向上施策が重要になってきます。

### ③現状と目標

#### i 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

高齢化に伴い、がんによる死亡者は今後も増加していくことが予測されていますが、高齢化の影響を除いたがんの死亡率を見ていくことを、がん対策の推進の評価指標とします。

安曇野市の75歳未満のがんの年齢調整死亡率は低下傾向にあり、国が平成27年までに掲げた目標値をすでに下回っています。(表1)しかし、全国で比較した場合、女性の75歳未満年齢調整死亡率は大腸がんと乳がんが高い状況にあります。

表1 安曇野市の75歳未満のがんによる死亡の状況

		平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	5年間の合計
75歳未満の年齢調整死亡率		73.3	69.7	66.8	68.5	66.7	H27国の目標値 73.9
がん部位別死亡者数	肺	15	14	15	15	19	78
	胃	16	13	16	17	11	73
	大腸	20	18	12	13	11	74
	乳	6	9	3	10	9	37
	子宮	0	1	3	0	2	6
	小計	57	55	49	55	52	268
	肝臓	6	7	7	10	10	40
	すい臓	11	9	10	12	7	49
	前立腺	3	2	4	2	0	11
	白血病	5	0	2	0	1	8
	その他	23	25	25	20	29	122
小計	48	43	48	44	47	230	
<b>合計</b>		<b>105</b>	<b>98</b>	<b>97</b>	<b>99</b>	<b>99</b>	<b>498</b>

今後も、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防と、検診受診率を維持又は向上していくことによる重症化予防に努めることで、75歳未満のがんの死亡者数の減少を図ります。

#### ii がん検診の受診率の向上

がん検診受診率と死亡率減少効果は関連性があり、がんの重症化予防は、がん検診により行われています。現在、有効性が確立されているがん検診の受診率向上を図るために、様々な取り組みと、精度管理を重視したがん検診を今後も推進します。

安曇野市のがん検診の受診率は、平成20年度から「推計受診率」による計算方法で市が行う健診受診者のみを算出しており、検診が有効とされているがん検診については、女性検診では受診率が向上していますが、胃・大腸では減少傾向にあります。(表2)

また、女性の75歳未満年齢調整死亡率が高い大腸がんと乳がんはともに受診率が低い状況があるので、特に受診率向上を目指していく必要があります。

表2 安曇野市のがん検診受診率の推移

	算出年齢	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	国の目標
胃がん	40～69歳	17.5%	15.8%	13.2%	13.3%	40% (当面)
大腸がん	40～69歳	23.2%	21.9%	18.7%	19.7%	
肺がんCT	40～69歳	3.5%	3.9%	3.6%	3.8%	
子宮頸がん	20～69歳	18.5%	23.3%	19.1%	19.4%	50%
乳がん (視触診・マンモ)	40～69歳	22.9%	31.4%	23.7%	26.9%	

がん検診で、精密検査が必要となった人の精密検査受診率は、がん検診に関する事業評価指標の一つとなっています。

安曇野市の精密検査受診率は、全て許容値を超えています。子宮がん、大腸がんについては目標値である90%は超えていません。

がん検診受診者の人から、毎年、20人近くにはがんが見つかるため、今後も精密検査受診率の向上を図っていく必要があります。(表3)

表3 安曇野市の各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

		平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	許容値
胃がん (40歳以上)	精密検査受診率	82.3%	71.6%	90.4%	92.0%	70%以上
	がん発見者数	10人	3人	2人	1人	
大腸がん (40歳以上)	精密検査受診率	67.3%	75.2%	85.2%	82.8%	70%以上
	がん発見者数	3人	3人	4人	8人	
肺がんCT (40歳以上)	精密検査受診率	66.7%	86.0%	79.3%	91.4%	70%以上
	がん発見者数	2人	1人	1人	1人	
子宮頸がん (20歳以上)	精密検査受診率	94.3%	52.3%	74.6%	75.6%	70%以上
	がん発見者数	0人	2人	0人	0人	
乳がん (視触診・マンモ) (40歳以上)	精密検査受診率	92.8%	75.0%	91.7%	89.8%	70%以上
	がん発見者数	3人	9人	5人	9人	

#### ④対策

##### i がんの発症予防の施策

がんは他の疾患と比べて発生要因が複雑であり、加齢と密接な関係もあるため、予防が難しいと言われてきましたが、生活習慣の中にがんを発症させる原因が潜んでいることが明らかになってきました。

##### ①胃がん

ヘリコバクター・ピロリ菌に感染することにより胃粘膜の委縮を起し、発がん物質も取り込まれやすくなります。また、高脂肪食は胃酸の分泌を促し、その刺激によってがん化を促す場合があります。高濃度の塩分食は胃粘膜の炎症やピロリ菌の持続感染を引き起こします。アルコールは発がん物質を体内に取り込ませやすくなります。

## ②肺がん

肺がんの7割はタバコが原因といわれています。特に喫煙指数（1日の本数×喫煙年数）が400以上の場合は注意が必要です。また、本人が吸わなくても、周りからの影響を受ける、受動喫煙にも注意が必要です。

## ③大腸がん

高脂肪食、中でも脂肪の多い肉を食べると胆汁酸の分泌が増え、発がん物質を増やします。一方、食物繊維は食べるほど便量を増やし、発がん物質を薄めます。また、腸内の滞在時間が短くなるため、大腸粘膜を刺激する時間も短縮されます。

## ④子宮頸がん

頸がんはヒトパピローマウイルスの感染によるものです。子宮頸がん予防ワクチン接種（中学一年生から高校一年生に相当する年齢の女性）が勧められています。

## ⑤乳がん

乳がんは女性ホルモンのエストロゲンが関与しています。脂肪組織に含まれる酵素が副腎から分泌されるホルモンをエストロゲンに変換する作用もあるため、肥満も原因になります。また、10～30%は家族性の乳がんの可能性がります。乳がんは自分で発見できる唯一のがんであるため、自己検診も大切です。

## ii がん検診受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内、広報などを利用した啓発
- ・講演会や研修会の実施
- ・施設検診導入など受けやすい検診体制整備
- ・がん検診推進事業

がん検診の評価判定で「検診による死亡率減少効果があるとする、十分な根拠がある」とされた、子宮頸がん検診・乳がん検診について、一定の年齢に達した方に、検診手帳及び検診無料クーポン券を配布

## iii がん検診によるがんの重症化予防の施策

- ・胃がん検診（35歳以上）
- ・肺がん検診（35歳以上）
- ・大腸がん検診（35歳以上）
- ・子宮頸がん検診（妊娠期・20歳以上の女性）
- ・乳がん検診（30歳以上の女性、マンモグラフィは40歳以上女性）

## iv がん検診の質の確保に関する施策

- ・精度管理項目を遵守できる検診機関の選定
- ・要精検者に対して、精密検査の受診勧奨
- ・がん検診実施機関と行政によるがん検診の検討

## (2) 循環器疾患

### ①はじめに

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患は、がんと並んで主要死因の大きな一角を占めています。

これらは、単に死亡を引き起こすのみでなく、急性期治療や後遺症治療のために、個人的にも社会的にも負担は増大しています。

循環器疾患は、血管の損傷によって起こる疾患で、予防は基本的には危険因子の管理であり、確立した危険因子としては、高血圧、脂質異常、喫煙、糖尿病の4つがあります。

循環器疾患の予防はこれらの危険因子を、健診データで複合的、関連的に見て、改善を図っていく必要があります。

なお、4つの危険因子のうち、高血圧と脂質異常については、この項で扱い、糖尿病と喫煙については別項で記述します。

### ②基本的な考え方

#### i 発症予防

循環器疾患の予防において重要なのは危険因子の管理で、管理のためには関連する生活習慣の改善が最も重要です。

循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、市民一人一人がこれらの生活習慣改善への取り組みを考えていく科学的根拠は、健康診査の受診結果によってもたらされるため、特定健診の受診率向上対策が重要になってきます。

#### ii 重症化予防

循環器疾患における重症化予防は、高血圧症及び脂質異常症の治療率を上昇させることが必要になります。

どれほどの値であれば治療を開始する必要があるかなどについて、自分の身体の状態を正しく理解し、段階に応じた予防ができることへの支援が重要です。

また、高血圧症及び脂質異常症の危険因子は、肥満を伴わない場合にも多く認められますが、循環器疾患の発症リスクは肥満を伴う場合と遜色がないため、肥満以外で危険因子を持つ人に対しての保健指導が必要になります。

### ③現状と目標

#### i 脳血管疾患

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は今後も増加していくことが予測されていますが、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていくことを、循環器疾患対策の総合的な推進の評価指標とします。

安曇野市の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、全国より高い状況であり、75歳未満では平成19年以降は増加傾向にあります。(図1) そのため、特に優先的に取り組む必要があります。



図1 安曇野市の脳血管疾患死亡の状況

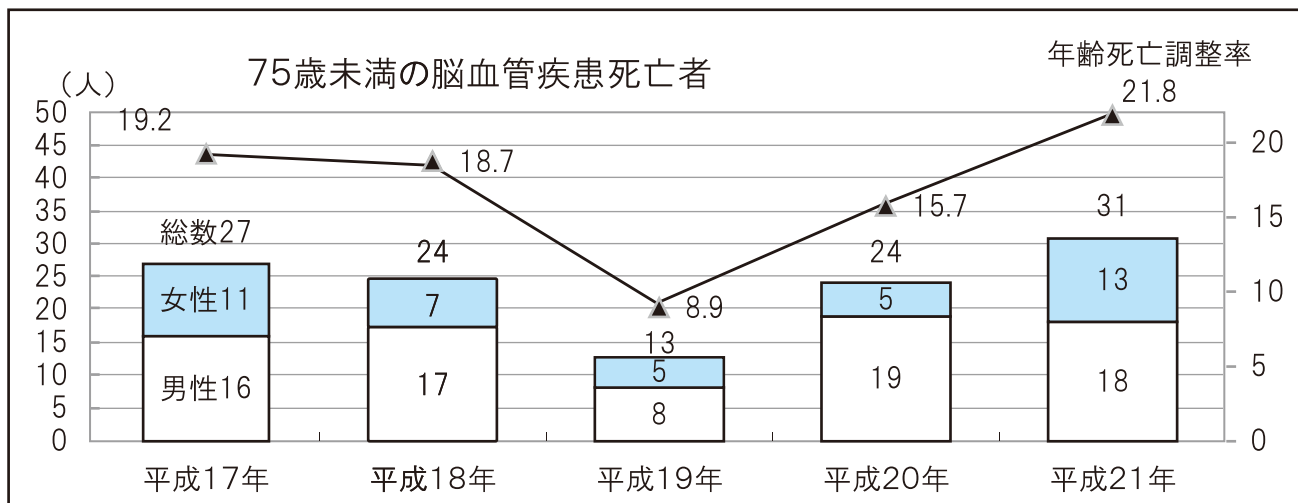


図2 2号被保険者で介護認定された脳血管疾患内訳 (H17~23年度)

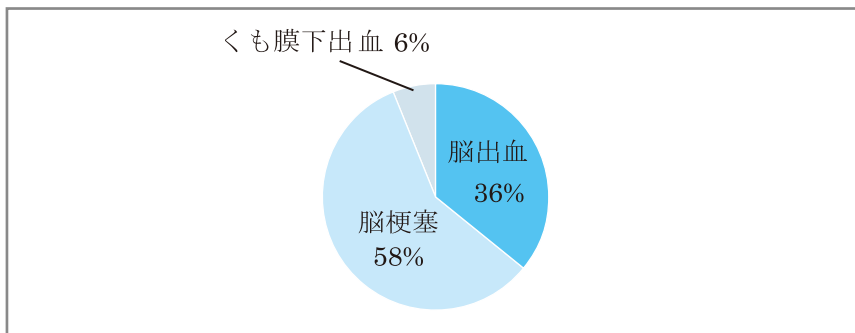


表1 2号被保険者脳血管疾患で認定された方の疾病状況

	高血圧	脂質異常症	糖尿病	人数	割合
脳出血 27人				2	7.4%
	○			12	44.4%
		○		0	0.0%
			○	0	0.0%
	○	○		4	14.8%
	○		○	2	7.4%
	○	○	○	0	0.0%
脳梗塞 48人				7	25.9%
				4	8.3%
	○			12	25.0%
		○		1	2.1%
			○	3	6.3%
	○	○		9	18.8%
	○		○	6	12.5%
○	○	○	0	0.0%	
脳出血+脳梗塞 6人				13	27.1%
				0	0.0%
	○			1	16.7%
		○		0	0.0%
			○	0	0.0%
	○	○		2	33.3%
	○		○	1	16.7%
○		○	1	16.7%	
○	○	○	1	16.7%	

同時に、第2号被保険者の新規認定者に占める、脳血管疾患の割合も低下はしてきましたが、依然高い状況です。

平成23年度に脳血管疾患が原因で介護が必要になった10人のうち9人は発症時の医療保険が国保でした。1人は発症後国保になっています。今後は社会保険加入者で介護保険認定者になる方もいたり、退職後の保健事業が継続できないといった問題が指摘されていますので、継続的、かつ包括的な保健事業を展開ができるよう、地域保健と職域保健の連携を推進し、保健指導のあり方について、共有化を図る必要があります。

また、9人のうち6人は市での健診受診歴がない状態でしたし、介護度も重度でした。健診を受けなければ自分の状態を知ることもできないため、安曇野市国保加入者の未受診者対策が非常に重要になります。

脳血管疾患発症後に仕事の継続が困難となる人もいるため、生活習慣病の重症化は健康格差を生み出すことにつながっていきます。

なお、2号被保険者の脳血管疾患が原因で介護保険となった人の基礎疾患では高血圧、糖尿病が多いため、今後この疾患の重症化予防に取り組む必要があります。

## ii 虚血性心疾患

虚血性心疾患についても、脳血管疾患と同様に、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていくことが必要です。虚血性心疾患による年齢調整死亡率はここ数年は横ばいですが、国より高い状況です。

(図3)

図3 安曇野市の虚血性心疾患死亡の状況

